Wir wollen eine gute, bedarfsgerechte und bezahlbare medizinische und pflegerische Versorgung für die Menschen im ganzen Land sichern. Dafür wagen wir tiefgreifende strukturelle Reformen, stabilisieren die Beiträge, sorgen für einen schnelleren Zugang zu Terminen und verbessern die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten im Gesundheitswesen.

Krankheitsvermeidung, Gesundheitsförderung und **Prävention** spielen für uns eine wichtige Rolle. Wir sprechen Menschen, insbesondere Kinder, zielgruppenspezifisch, strukturiert und niederschwellig an. Die bestehenden U-Untersuchungen werden erweitert und das Einladewesen für alle weiterentwickelt. Wir stärken freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene, die vulnerable Gruppen in den Blick nehmen. Einsamkeit, ihre Auswirkung und der Umgang damit, rücken wir in den Fokus. Wir beseitigen Hürden zugunsten eines besseren Datenaustausches im Rahmen des Gesundheitsdatennutzungsgesetzes. Den Pakt für den ÖGD setzen wir in gemeinsamer Kraftanstrengung mit Bund, Ländern und Kommunen fort.

Die **ambulante Versorgung** verbessern wir gezielt, indem wir Wartezeiten verringern, das Personal in ärztlichen Praxen entlasten und den Zugang zu Fachärzten bedarfsgerecht gestalten. Zu einer besseren und zielgerichteten Versorgung der Patientinnen und Patienten und für eine schnellere Terminvergabe führen wir ein verbindliches Primärarztsystem bei freier Arztwahl durch Haus- und Kinderärzte in der HzV und im Kollektivvertrag ein. Ausnahmen gelten bei der Augenheilkunde und der Gynäkologie. Für Patientinnen und Patienten mit einer spezifischen schweren chronischen Erkrankung werden wir geeignete Lösungen erarbeiten (z.B. Jahresüberweisungen oder Fachinternist als steuernder Primärarzt im Einzelfall). Die Primärärzte oder die von den Kassenärztlichen Vereinigungen betriebene 116117 stellen den medizinisch notwendigen Bedarf für einen Facharzttermin fest und legen den dafür notwendigen Zeitkorridor (Termingarantie) fest. Wir verpflichten die KV, diese Termine zu vermitteln. Gelingt dies nicht, wird der Facharztzugang im Krankenhaus ambulant für diese Patientinnen und Patienten ermöglicht. Zudem schaffen wir die flächendeckende Möglichkeit einer strukturierten Ersteinschätzung über digitale Wege in Verbindung mit Telemedizin. Wir stärken die sektorenübergreifende Versorgung. Im Zuge dessen entwickeln wir die Hybrid-DRGs weiter und ermöglichen sie umfassend. Damit verschränken wir Angebote im ambulanten und stationären Bereich. Wir erlassen ein iMVZ-Regulierungsgesetz.

Wir verändern das Honorarsystem im ärztlichen Bereich mit dem Ziel, die Anzahl nicht bedarfsgerechter Arztkontakte zu reduzieren (Jahrespauschalen). Durch Flexibilisierung des Quartalsbezugs ermöglichen wir neuen Patientinnen und Patienten einen besseren Zugang und die Vergütung von Praxis-Patienten-Kontakten. Wir stärken die Kompetenzen der Gesundheitsberufe in der Praxis. Wir ermöglichen, dass mehr Ärztinnen und Ärzte ihre Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in einer Arztpraxis absolvieren können (2 pro Weiterbilder) und bauen die Kapazitäten der Weiterbildungsstellen für Kinderärzte aus.

Wir stärken die Länderbeteiligung in den Zulassungsausschüssen über eine ausschlaggebende Stimme und ermöglichen eine kleinteiligere Bedarfsplanung. Wir schaffen einen Fairnessausgleich zwischen über- und unterversorgten Gebieten: Wir entbudgetieren die Fachärzte in unterversorgten Gebieten. Dort können universitäre Lehrpraxen vereinfacht ausgebracht werden. Außerdem gibt es in (drohend) unterversorgten Gebieten Zuschläge zum, in überversorgten Gebieten (>120%) Abschläge vom Honorar. Dabei definieren wir auch den Versorgungsauftrag und ermöglichen den Ländern, die Bedarfsplanung für Zahnärzte selbst vorzunehmen.

In den ersten 100 Tagen schaffen wir eine gesetzliche Regelung, die die Sozialversicherungsfreiheit von Ärzten im Bereitschaftsdienst der KV ermöglicht und bringen Gesetze zur Notfall- und Rettungsdienstreform auf Grundlage der bisherigen Entwürfe auf den Weg. Bei medizinischen Behandlungen stärken wir Patientinnen und Patienten gegenüber den Behandelnden. Wir entwickeln das Hospiz- und Palliativgesetz im Sinne der sorgenden Gemeinschaften weiter und tragen den besonderen Bedürfnissen von Eltern von Sternenkindern Rechnung.

Die Vor-Ort-**Apotheken** sind häufig erste Anlaufstelle in der Gesundheitsversorgung. Das Fremdbesitzverbot bekräftigen wir und stärken insbesondere Apotheken im ländlichen Raum. Wir bauen Strukturen in den Apotheken vor Ort für Präventionsleistungen aus, erleichtern die Abgabe und den Austausch von Arzneimitteln und entlasten sie von Bürokratie und Dokumentationspflichten. Nullretaxationen aus formalen Gründen schaffen wir ab. Das Skonti-Verbot heben wir auf. Wir erhöhen das Apothekenpackungsfixum einmalig auf 9,50 Euro. In Abhängigkeit vom Versorgungsgrad kann es insbesondere für ländliche Apotheken in einem Korridor bis zu 11 Euro betragen. Künftig wird die Vergütung zwischen den Apothekern und dem GKV-SV ausgehandelt. Auch vereinheitlichen wir die Vorgaben für Vor-Ort-Apotheken und Versandapotheken, insbesondere bei der Einhaltung von Kühlketten und Nachweispflichten. Den Apothekerberuf entwickeln wir zu einem Heilberuf weiter.

Wir stärken die Industrielle **Gesundheitswirtschaft**, insbesondere die Pharmazeutische Industrie und Medizintechnik, als Leitwirtschaft. Der Pharmadialog und die Pharmastrategie werden fortgesetzt. Das AMNOG entwickeln wir mit Blick auf die „Leitplanken" und auf personalisierte Medizin weiter. Dabei ermöglichen wir den Zugang zu innovativen Therapien und Arzneien und stellen gleichzeitig eine nachhaltig tragbare Finanzierung sicher. Die Versorgungssicherheit stärken wir durch Rückverlagerung von Produktionsstandorten für kritische Arzneimittel und Medizinprodukte nach Deutschland und Europa.

Wir entwickeln eine qualitative, bedarfsgerechte und praxistaugliche **Krankenhauslandschaft** aufbauend auf der Krankenhausreform der letzten Legislaturperiode fort und regeln dies gesetzlich bis zum Sommer. Wir ermöglichen den Ländern zur Sicherstellung der Grund- (Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe) und Notfallversorgung der Menschen besonders im ländlichen Raum Ausnahmen und erweiterte Kooperationen. Um die finanzielle Stabilität der bedarfsnotwendigen Krankenhäuser zu

69 sichern, schließen wir die Lücke aus den Jahren 2022 und 2023 in deren Betriebskostenfinanzierung.
70 Die Definition der Fachkrankenhäuser überarbeiten wir mit dem Ziel, dass die in den Ländern beste-
71 henden und für die Versorgung relevanten Fachkliniken erhalten bleiben können. Das System der be-
72 legärztlichen Versorgung erhalten und verbessern wir, ohne Einbußen in der Qualität der Leistungser-
73 bringung. Die Zuweisung der Leistungsgruppen erfolgt zum 01.01.2027 auf Basis der 60 NRW-Leis-
74 tungsgruppen zuzüglich der speziellen Traumatologie. Der InEK-Grouper zu diesen Leistungsgruppen
75 wird zur Abrechnung verwendet und die Leistungsgruppen bleiben bis zur Evaluation erhalten. Die bis
76 zum 01.01.2027 geltenden Zwischenfristen zur Umsetzung der Krankenhausreform werden angepasst.
77 Dort, wo es medizinisch sinnvoll ist, werden die Leistungsgruppen in Bezug auf ihre Leistungs- und /
78 oder Qualitätsvorgaben verändert. Dies gilt in gleicher Weise für die Anrechenbarkeit der Ärztinnen
79 und Ärzte pro Leistungsgruppe. Als Vollzeitäquivalent gelten 38,5 Stunden. Die Konvergenzphase wird
80 von 2 auf 3 Jahre verlängert. Das Jahr 2027 wird dabei für alle Krankenhäuser erlösneutral ausgestaltet,
81 um die neuen Vergütungsregeln und die Wirkung der Vorhaltefinanzierung transparent aufzuzeigen
82 und ggf. nachzujustieren. Anschließend führen wir die Vorhaltevergütung in zwei Schritten ein. In den
83 Bundesländern, die bis zum 31.12.2024 die Leistungsgruppen zugewiesen haben, bleiben diese rechts-
84 wirksam und werden als Basis für die Vergütung ab 2026 genutzt. Diese Übergangsregelung gilt längs-
85 tens bis zum 31.12.2030 und führt zu keiner Schlechterstellung.

86 Wir ergreifen Maßnahmen zur **Stabilisierung der Beitragssätze**. Die bisher nicht kostendeckenden Bei-
87 träge für Bürgergeldempfänger werden wir aus Steuermitteln vollständig finanzieren. Bereits im Jahr
88 2025 werden die entsprechenden Beträge zur Verfügung gestellt. Der Bundeszuschuss wird in Zukunft
89 entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen dynamisiert. Der bisher für die GKV
90 vorgesehene Anteil für den Transformationsfonds für Krankenhäuser finanzieren wir aus dem Sonder-
91 vermögen Infrastruktur.

92 Die Herausforderungen in der **Pflege** zu bewältigen ist eine Generationenaufgabe. Dazu braucht es ei-
93 nen Paradigmenwechsel hin zu mehr Vertrauen und weniger Bürokratie. Wir erarbeiten zügig eine
94 große Pflegereform, die das System einfacher, flexibler und bezahlbarer macht. Wir begrenzen pflege-
95 bedingte Eigenanteile, stärken pflegende Angehörige, bündeln bestehende Leistungen, bauen Versor-
96 gungsangebote für pflegerische Akutsituationen auf und stärken die sektorenübergreifende pflegeri-
97 sche Versorgung. Modellprojekte wie z.B. stambulant sollen möglich sein. Wir bringen binnen 100 Ta-
98 gen auf Grundlage der bestehenden Entwürfe zur Pflegekompetenz, Pflegeassistenz und zur Einfüh-
99 rung der „Advanced Practice Nurse“ Gesetze auf den Weg und sichern den sogenannten "kleinen Ver-
100 sorgungsvertrag“ rechtlich ab. Eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe auf Ministerebene erarbeitet inner-
101 halb von 6 Monaten unter Beteiligung der kommunalen Spitzenverbände Vorschläge für eine Struktur-
102 reform und stellt diese noch in 2025 vor.

103 Die Soziale **Pflegeversicherung** ist eine Erfolgsgeschichte und entlastet Millionen von Menschen. Eine
104 langfristige Stabilisierung ihrer finanziellen Lage ist aber nur möglich, indem der Bund versicherungs-
105 fremde Leistungen wie die Rentenversicherungsbeiträge für pflegende Angehörige und die Ausbil-
106 dungsumlage übernimmt. Kurzfristig werden während der Corona-Pandemie entnommene Gelder aus
107 dem Ausgleichsfonds zurückerstattet. Der Sonderweg bei der Finanzierung der Pflegeversicherung in
108 Sachsen, der einen höheren Pflegeversicherungsbeitrag bedeutet, wird durch eine Anpassung beendet.

109 Unser Gesundheitssystem lebt von hochqualifizierten Fachkräften, die täglich Verantwortung für Men-
110 schen tragen. Wir verringern Dokumentationspflichten und Kontrolldichten durch ein **Bürokratieent-**
111 **lastungsgesetz** im Gesundheitswesen innerhalb der ersten 6 Monate massiv, etablieren eine Vertrau-
112 enskultur, stärken die Eigenständigkeit und Eigenverantwortlichkeit der Professionen, statt sie mit Bü-
113 rokratie aus Gesetzgebung und Selbstverwaltung zu lähmen. Alle Gesetze in diesem Bereich werden
114 wir einem Praxis-Check unterziehen. Wir überprüfen Datenschutzvorschriften und alle Berichts-
115 und Dokumentationspflichten, insbesondere im SGB XI auf ihre zwingende Notwendigkeit, und
116 schaffen solche, die aufgrund der Coronapandemie eingeführt wurden, ab, ohne dabei die Vorsorge
117 für zukünftige Pandemien zu gefährden. Wir wollen eine KI-unterstützte Behandlungs- und Pflegedo-
118 kumentation ermöglichen und streben ein konsequent vereinfachtes und digitales Berichtswesen an.
119 Wir führen eine Bagatellgrenze von 300 Euro bei der Regressprüfung niedergelassener Ärztinnen und
120 Ärzte ein. Entsprechende Regelungen werden wir auch für andere Leistungserbringer treffen. Die Ver-
121 schreibung und Abrechnung von Heil- und Hilfsmitteln gegenüber den Krankenkassen vereinfachen wir
122 wesentlich. Wir senken die Prüfquote bei Krankenhäusern erheblich ab. Das Prüfergebnis der Stichpro-
123 ben wird sodann auf 100 Prozent hochgerechnet. Ist eine Prüfung regelhaft nicht auffällig, sind die
124 Prüffrequenzen anzupassen. Die Aufgaben der Kontrollinstanzen in der Pflege (Medizinischer Dienst
125 und Heimaufsicht) verschränken wir und bauen Doppelstrukturen ab. Krankenkassen verpflichten wir,
126 vollständig gemeinsame Vertrags- und Verwaltungsprozesse zu entwickeln. Alle sozialversicherungs-
127 rechtlichen oder selbstverwaltenden Körperschaften des öffentlichen Rechts im Gesundheitswesen,
128 die aus dem Beitragsaufkommen finanziert werden, sollen die gleiche Gehaltsstruktur abbilden, die für
129 die Mitarbeitenden der niedergelassenen Ärzteschaft, der Krankenhäuser und des öffentlichen Ge-
130 sundheitsdienstes gelten. Künftig sollen sich die Gehälter der gesetzlichen Krankenkassen, des MD und
131 weiterer Akteure am TVöD orientieren. Mit diesen Maßnahmen schaffen wir Strukturveränderung mit
132 erheblichem Einsparungspotenzial.

133 Für die Zukunft der Gesundheitsversorgung nutzen wir die Chancen der **Digitalisierung**. Wir denken
134 Prozesse neu und beschleunigen sie. Noch 2025 rollen wir die elektronische Patientenakte stufenweise
135 aus, hin von einer bundesweiten Testphase zu einer verpflichtenden sanktionsbewehrten Nutzung. Wir
136 vereinfachen den Austausch zwischen den Versicherungsträgern und den Ärztinnen und Ärzten.

137 Doppeldokumentationen vermeiden wir. Rahmenbedingungen und Honorierung für Videosprechstun-
138 den, Telemonitoring und Telepharmazie verbessern wir, um die Versorgung flächendeckend sicherzu-
139 stellen. Die gematik entwickeln wir zu einer modernen Agentur weiter, um im Bereich der Digitalisie-
140 rung Akteure besser zu vernetzen. Alle Anbieter von Software- und IT-Lösungen im Bereich Gesundheit
141 und Pflege müssen bis 2027 einen verlustfreien, unkomplizierten, digitalen Datenaustausch auf Basis
142 einheitlich definierter Standards sicherstellen.

143 Zur besseren Datennutzung setzen wir ein Registergesetz auf und verbessern die Datennutzung beim
144 Forschungsdatenzentrum Gesundheit. Gleichzeitig ist der Schutz von sensiblen Gesundheitsdaten un-
145 abdingbar. Deshalb wirken wir auf eine konsequente Ahndung von Verstößen hin. Wir machen Deutsch-
146 land zu einem Spitzenstandort für die **Gesundheitsforschung** und Klinische Studien. In der klinischen
147 Forschung bauen wir Hürden ab und harmonisieren Regelungen mit anderen EU-Staaten, z. B. in der
148 CAR-T-Zelltherapie. Die Rahmenbedingungen für S1-Labore vereinfachen wir.

149 Medizinische Vorsorge, Behandlung und Forschung gestalten wir **geschlechts- und diversitätssensibel**
150 aus und berücksichtigen dabei die speziellen Bedürfnisse in jedem Lebensabschnitt aller Geschlechter,
151 z. B. Wechseljahre, Endometriose, Brust- und Prostatakrebs. Zugang zur Grundversorgung insbeson-
152 dere in der Gynäkologie sichern wir flächendeckend. Bei der Kinderwunschbehandlung muss die antei-
153 lige Eigenfinanzierung der künstlichen Befruchtung für Betroffene angemessen und verlässlich sein.
154 [Die gesundheitlichen Belange der queeren Community müssen besonders berücksichtigt werden].

155 Durch niedrigschwellige Online-Beratung in der **Psychotherapie** und digitale Gesundheitsanwendun-
156 gen stärken wir Prävention sowie Versorgung in der Fläche und Akutsituationen. Wir passen Vergü-
157 tungsstrukturen an, um eine bedarfsgerechte Versorgung mit Blick z. B. auf die Kurzzeittherapie zu er-
158 möglichen. Wir führen eine Notversorgung durch Psychotherapeuten ein und setzen das Suizidpräven-
159 tionsgesetz um. Zur besseren psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte schaffen wir de-
160 ren Regresse ab und setzen Psychosomatische Institutsambulanzen wohnortnah um. Die Bedarfspla-
161 nung passen wir im Hinblick auf Kinder und Jugendliche und auf die Verbesserung der Versorgung im
162 ländlichen Raum an und stellen die Weiterbildungsfinanzierung in der Psychotherapie sicher. Wir
163 schließen einen Pakt für Kindergesundheit und nehmen die Stärkung von Angeboten an Schulen in den
164 Blick. Ziel ist eine bessere Versorgung und die Stärkung der Resilienz unserer Kinder und Jugendlichen.

165 Wir ergreifen weitere Maßnahmen, um die gesundheitliche Situation von Betroffenen seltener Erkran-
166 kungen, z. B. durch Ausbau und Stärkung von digital vernetzten Zentren zu verbessern. **An ME/CFS,**
167 **Long- und Post COVID und PostVac** erkrankte Menschen brauchen weiter unsere Unterstützung. Wir
168 stärken hierzu Versorgung und Forschung. [Wir werden die Corona-Pandemie umfassend aufarbeiten,
169 insbesondere um daraus Lehren für zukünftige pandemische Ereignisse abzuleiten.] Wir entwickeln das
170 Gesundheitswesen und die Pflegeversorgung **barrierefrei** und inklusiv weiter.

171 Wir wollen die Zahl von **Organ- und Gewebespenden** deutlich erhöhen und dafür die Voraussetzungen
172 verbessern. Aufklärung und Bereitschaft sollen gefördert werden.

173 Wir schaffen gesetzliche Rahmenbedingen für den Gesundheitssektor und den Rettungsdienst im Zivil-
174 schutz- sowie Verteidigung- und Bündnisfall mit abgestimmter Koordinierung und eindeutigen Zustän-
175 digkeiten. Hierfür und für Investitionen in die energetische Sanierung und Digitalisierung für die Kran-
176 kenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur nutzen wir das Sondervermögen und die Ausnahme
177 von der Schuldenbremse.

178 **Globale Gesundheit** stärkt Sicherheit, Wohlstand und Resilienz. Deutschland bringt gezielt Gesund-
179 heitsexpertise in die globale Politik ein. Dazu gehören Reformen bei WHO und UNAIDS, verstärkte Se-
180 kundierungen und mehr deutsche Expertise in Schlüsselpositionen. Gemeinsam mit unseren Partnern
181 dämmen wir den Ausbruch und die Ausbreitung von Krankheiten im globalen Süden ein. Forschung zu
182 antimikrobiellen Resistenzen und eine nachhaltigere Gesundheitsfinanzierung treiben wir voran.

183 Wir nehmen das zunehmende Problem der Suchtabhängigkeit – auch von neuen synthetischen **Drogen**
184 – ernst. Um den Folgen entgegenzuwirken, die von Gesundheitsgefährdung bis Gewaltbereitschaft und
185 Verwahrlosung reichen können, erarbeiten wir in einer gemeinsamen Kraftanstrengung auch mit Sucht-
186 prävention, -hilfe und Substitutionsmedizin gebündelte Maßnahmen. Wir ergreifen geeignete Präven-
187 tionsmaßnahmen, um insbesondere Kinder und Jugendliche vor Alltagssüchten zu schützen. Eine Re-
188 gelung zur Abgabe von Lachgas und GHB/GBL (KO-Tropfen) legen wir in den ersten 100 Tagen vor.

189 Wir erhöhen die Wertschätzung und Attraktivität der **Gesundheitsberufe**. Dazu gehört eine geeignete
190 Personalbemessung im Krankenhaus und in der Pflege. Wir ermöglichen den kompetenzorientierten
191 Fachpersonaleinsatz und die eigenständige Heilkundeausübung. Wir stärken die Eigenverantwortung
192 in der Pflege und werten deren Selbstverwaltung auf, etwa durch einen festen Sitz mit einem Stimm-
193 recht im G-BA. Wir erwirken geeignete Maßnahmen zur Reduktion der Unterschiede zwischen Leihar-
194 beitnehmern und der Stammbelegschaft. Mehrkosten zur Schaffung von Springerpools sowie entspre-
195 chende Vergütungen für das Personal werden ausgeglichen. Die Weiterqualifizierung von berufserfah-
196 renen Pflegefachkräften durch das DQR-Anerkennungsverfahren vereinfachen wir mittels Kompetenz-
197 feststellungsverfahren der zuständigen Praxisanleitungen. Wir streben eine Vergütungsstruktur im PJ
198 an, die mindestens dem BAföG-Satz entspricht und schaffen eine gerechte und einheitliche Fehlzeiten-
199 regelung. Die Kenntnisprüfung wird unter anderem mit einer stärkeren sprachlichen Komponente ver-
200 bessert und vorrangiger Zugang für die Anerkennung der Ausbildung ausländischer Ärzte. Die Berufs-
201 gesetze für Ergo-, Logo- und Physiotherapie reformieren wir zügig und zukunftsfest. Die Osteopathie
202 regeln wir berufsgesetzlich. Wir unterstützen Forschung und Versorgung zur Naturheilkunde und Integ-
203 rativer Medizin zur Präventionsförderung.

204

205 **Schnittstellen und Widersprüche zu anderen Arbeitsgruppen (keine Widersprüche bekannt)**

206 - Stabilisierung der GKV und SPV: UAG-Sozialabgaben
207 - Anwerbung der Gesundheitsfachkräfte aus dem Ausland, Anerkennung der Berufsabschlüsse:
208 AG Arbeit und Soziales, AG Bildung
209 - Barrierefreiheit im Gesundheitswesen: AG Arbeit und Soziales
210 - Pflegende Angehörige (Alltagshilfen) AG Arbeit und Soziales, AG Familie
211 - Gesundheitswirtschaft, Pharmastrategie: AG Wirtschaft
212 - Wechseljahre & Endometriose: AG Familie, Frauen
213 - Verhütungsmittel: AG Familie, Frauen
214 - Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung für Kinder und Jugendliche und Angebote in
215 den Schulen: AG Familie, AG Bildung
216 - Gesundheitsversorgungsforschung, Medizinstudium, Gesundheitsfachberufe: AG Bildung
217 - Medizinische und Pflegerische Versorgungssicherheit in den strukturschwachen Regionen: AG
218 Ländliche Räume
219 - Digitalisierung des Gesundheitswesens und Förderung der KI-Medizin: AG Digitales
220 - Entbürokratisierung: AG Staatsmodernisierung
221 - Aufarbeitung der Corona-Pandemie (zum Dissenspunkt siehe oben): AG Staatsmodernisie-
222 rung

223 **Offene Punkte**

224 - Keine (Die vereinbarte Agenda wurde vollständig abgearbeitet.)

225 **Bundesratsrelevanz, vorbehaltlich der konkreten Ausgestaltung kommen folgende Maßnahmen in**
226 **Betracht:**

227 - Rettungsdienstreform
228 - Vergütung im Praktischen Jahr
229 - Anerkennung ausländischer Berufsqualifikationen im Gesundheitswesen
230 - ÖGD-Pakt
231 - Sondervermögen Infrastruktur
232 - Aufhebung der Finanzierung des Buß- und Bettages in Sachsen durch die SPV
233 - Bedarfsplanung Zahnärzte

234

235

236 **Finanzwirksame Maßnahmen**

AG 6 Gesundheit und Pflege:					
in Mio. Euro					
Maßnahmen		2025	2026	2027	2028
Einsparungsmöglichkeiten durch die strukturellen Reformen					
Präventionsgesetz	Ca. 1 Mrd. Euro p.a. Einsparpotential (GKV-Beiträge) Bei einer jährlichen Reduzierung der Krankheitslast um 0,4 Prozent des Niveaus von 2020 Reduzierung der Krankheitslast um 1,5 Prozent (basierend auf der Krankheitskostenrechnung und Gesundheitsausgaben-rechnung des Statistischen Bundesamtes 2020).	/	- 1000	- 1000	- 1000
Freiwillige Angebote auf kommunaler Ebene für die vulnerablen Gruppen	GKV-Mittel, abhängig Anzahl mittelfristig erhebliche Einsparungen z. B. durch vermiedene Kranken-hausaufenthalte	Abhängig Ausgestaltung			
Primärarztsystem	500 Millionen Euro Einsparpotential (jährlich), aufwachsend	/	- 1000	- 1500	- 2000
Notfallversorgungsreform	Konsolidierung Langfristig 1 Mrd. Euro Einsparpotential p.a. (GKV-Mittel)	/	-185	- 510	- 835
Rettungsdienstreform	Im Jahr 2023: GKV-Ausgaben für Rettungsdienst 8,7 Mrd. Euro (2013: 4,4 Mrd. Euro). Allein Rettungsdienstfahrten: 4 Mrd. Euro. Davon potenziell ein Sechstel unnötig = Einsparung durch Reform ca. 500 Mio. Euro	/	-500	-500	-500
Ambulantisierung /Hybrid-DRG	500 Mio. Einsparung p.a. (GKV-Mittel)	/	- 500	- 500	- 500

Entbürokratisierung GKV/SPV	Erhebliche Einsparungen GKV/SPV (abhängig von Ausgestaltung)	Abhängig Ausgestaltung			
Summe (in Mio. Euro):			3.185	4.010	4.835
Aufwendungen					
Fortsetzung Pakt ÖGD für Personal	Jährlich 750 Mio. Euro Mehrkosten Steuergeld (erst ab 2027, weil bis 2026 finanziert)	/	/	750	750
Änderungen KHVVG	Ohne Lockerungen: finanzneutral	/	/	/	/
Krankenhaus: Betriebskostenlücke bedarfsnotwendige Häuser	Einmalig 4 Mrd. Euro (Steuermittel)	2500	1500	/	/
Vergütung Honorarreform Fachärzte	Je nach Ausgestaltung (GKV-Mittel), dafür mehr Patienten pro Praxis (Termine) und bei den Zu- und Abschlägen kostenneutral	/	/	/	/
Entbudgetierung der Fachärzte in unterversorgten Gebieten	Je nach Ausgestaltung	/	2500	2500	2500
Pakt für Kindergesundheit / Stärkung von Angeboten an Schulen	Ca. 30.000 Euro je Schule Steuergeldmehrausgaben	/	900	900	900
Apotheken: Zuschläge ländlicher Raum	75 Mio. jährlich (GKV-Mittel) Gegenfinanzierung durch existierenden Topf (Pharmazeutische Dienstleistungen)	37,5	75	75	75
Apotheken: Prävention	25 Mio. jährlich (GKV-Mittel) Gegenfinanzierung durch existierenden Topf (pharmazeutische Dienstleistungen)	12,5	25	25	25
Apotheken: Null-Retax	Hohes Ausgabenpotential, da abhängig von Apothekerverhalten	Kann derzeit nicht beziffert werden, abhängig von Apothekerverhalten			
Apotheken: Skonti	Finanzneutral, da Verschiebung zwischen Großhandel und Apotheke (15.000 Euro je Apotheke)	/	/	/	/

Apotheken: Erhöhung Fixum auf 10 Euro	Abgabefixum erhöht um 1,65 Euro * 700 Mio. Packungen = 1,15 Mrd. Euro (abhängig von Startjahr)	/	1155	1155	1155
Gesundheitswirt-schaft/Pharma/ AMNOG/ personalisierte Medizin	AMNOG-Ausgabensteige-rungspotential für GKV: sehr hoch (Mrd.)	Abhängig von Ausgestaltung			
Maßnahmen international	Erhöhung Beitrag WHO Deutschlands um 250 Mio. Euro p.a.	150	250	250	250
Pakt für Kindergesundheit / Stärkung von Angeboten an Schulen	Ca. 30.000 Euro je Schule Steuergeldmehrausgaben	/	900	900	900
Summe (in Mio. Euro)**:**		2.700	7.305	6.555	6.555
Rückerstattung in die GKV und SPV					
Stabilisierung GKV-Beiträge: Kostendeckende Beiträge Bür-gergeldempfänger	Ab 2025: 9-10 Mrd. Euro (Steuermittel) Entsprechende Entlastung GKV	10000	10000	10000	10000
Stabilisierung GKV-Beiträge: Dy-namisierung Bundeszuschuss	Dynamisierung anhand Wachstums beitragspflichti-ger Einnahmen (5 %) ab 2026 (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der GKV	/	720	1500	2250
Rückführung der Entnahme aus Ausgleichsfonds Pandemiekos-ten	Einmalig 5,22 Mrd. Euro Kos-ten (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der SPV	2600	2600	/	/
Übernahme RV-Beiträge pfle-gende Angehörige	Jährlich 4 Mrd. Euro Kosten (Steuermittel) Entsprechende Entlastung der SPV	/	4000	4400	4600
Summe (in Mio. Euro)**:**		12.600	17.320	15.900	16.850
Sondervermögen					
Steuermittel für Transforma-tionsfonds	Ab 2026: 2,5 Mrd. Euro Steu-ergeld in Transformations-fonds (statt GKV-Beitragsmit-tel)	/	2500	2500	2500

	Entsprechende Entlastung der GKV				
Resilienzmaßnahmen	Für Ertüchtigung Uniklinika, Bundeswehrkrankenhäuser, Sonderisolierstationen, Dekontaminierungscontainer usw. 500 Mio p.a. Finanzierung aus Sondervermögen und/oder Verteidigungshaushalt (Schuldenbremse)	/	500	500	500
Energetische Sanierung und Digitalisierung	Für die Krankenhaus-, Hochschulklinik- und Pflegeinfrastruktur	/	1200	1200	1200
Summe (in Mio. Euro)**:**			4.200	4.200	4.200

237